

5032

DAS

LUXAÇÕES DA COXA

ANATOMICAMENTE ESTUDADAS.

THESE

DO

DR. FRANCISCO PRAXEDES DE ANDRADE PERTENCE

CANDIDATO A' CADEIRA DE LENTE SUBSTITUTO
DA FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO.

*Luxationes alia, ex superlevatione reponuntur; alia, ex
extensione; alia, ex circumvolutione.*

HIPPOCRATES.



RIO DE JANEIRO
TYPOGRAPHIA UNIVERSAL DE LAEMMERT

Rua dos Invalidos, 61 B

1852

FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO.

DIRECTOR.

O SR. CONSELHEIRO DR. JOSÉ MARTINS DA CRUZ JOBIM.

LENTES PROPRIETARIOS.

OS SRS. DOCTORES:

1.º ANNO.

F. DE P. CANDIDO	} Physica Medica. Botanica Medica, e Principios elementares de Zoologia.
F. F. ALLEMÃO	

2.º ANNO.

J. V. TORRES HOMEM	} Chimica Medica, e Principios elementares de Mineralogia.
J. M. NUNES GARCIA.	

3.º ANNO.

J. M. NUNES GARCIA	} Anatomia geral e descriptiva. Physiologia.
L. DE A. P. DA CUNHA.	

4.º ANNO.

J. B. DA ROSA	} Pathologia geral e externa. Pathologia geral e interna. Pharmacia, Materia Medica, especialmente a Brasileira, Therapeutica e Arte de formular.
J. J. DA SILVA	
J. J. DE CARVALHO.	

5.º ANNO.

C. B. MONTEIRO	} Operações, Anatomia topographica e Apparelhos. Partos, Molestias de mulheres peçadas e paridas, e de meninos recém-nascidos.
L. DA C. FEIJO'	

6.º ANNO.

T. G. DOS SANTOS	} Hygiene e Historia de Medicina. Medicina Legal.
J. M. DA C. JOBIM	

CHESBROUGH

2.º ao 4.º M. F. P. DE CARVALHO.	Clinica externa e Anat. Pathologica respectiva.
5.º ao 6.º M. DE V. PIMENTEL	Clinica interna e Anat. Pathologica respectiva.

LENTES SUBSTITUTOS.

A. M. DE MIRANDA e CASTRO.	} Secção das Sciencias accessorias.
F. G. DA ROCHA FREIRE	
A. F. MARTINS.	} Secção Medica.
.....	
F. FERREIRA DE ABREU.	} Secção Cirurgica.
.....	

SECRETARIO.

DR. LUIZ CARLOS DA FONSECA.

N. B. A Faculdade não approva nem reprova as opiniões emitidas nas Theses que lhe são apresentadas.

INTRODUÇÃO.

CONSEGUI outr'ora, com o fim de brevemente adquirir conhecimentos dos que tornão util o homem junto ao leito do que sofre, começar como Cirurgião, a prestar gratuitos os meus serviços aos doentes de uma das salas do Hospital da Misericórdia. Julgando então de meu dever habilitar-me a fazer com destreza operações da mais alta importancia, que de improvviso podião de mim exigir lesões cirurgicas, das que reclamão promptos, rapidos soccorros, pratiquei-as nos cadaveres de individuos portadores de cirurgicas alterações, de outras molestias victimas, e se estes me faltavão, naquelles em que podia produzir lesões cirurgicas simulaveis.

Tendo encontrado difficuldades na redução das luxações da côxa, tratei de produzi-las no cadaver imitando alheias experiencias, seguindo

ideias de outros nos Livros da Sciencia disseminadas; e assim praticamente as estudei.

De notas então colhidas compuz o meu trabalho que tem por objecto: Apresentar a nomenclatura que melhor me parece.

Descrever para cada luxação:

Os processos pelas quaes as obtive.

Os symptomas que se apresentavão depois de sua producção.

A anatomia pathologica immediata.

Os processos pelos quaes mais facilmente as reduzia.

Demonstrar, variando os processos para produzi-las, que nas luxações, ainda sendo identicos os symptomas, alterações anatomo-pathologicas existem, que obrigão o operador a differentes processos de reducção.

É claro que só tratarei das alterações mecanicas das luxações.



NOMENCLATURA.

LUXAÇÕES DA COXA.	{	ANTERIORES.	{	SUPRA-PUBIANA.
				SUB-PUBIANA.
	{	POSTERIORES.	ISCHIATICAS	ISCHIO-ILIACA.
			TUBERO-COTYLOIDEA.	SACRO-ISCHIATICA.
			ILIACAS	ILIACA COMMUN.
				ILIACA DE MONTEGGIA.

Fazendo das ordens secções, dos generos capitulos, de cada uma das especies um ou mais artigos, dividi o meu trabalho.

CANDIDATOS.

O ILL.^{mo} SR. DR. FRANCISCO BONIFACIO DE ABREO,
O DR. FRANCISCO PRAXEDES DE ANDRADE PERTENCE.



SECÇÃO I

LUXAÇÕES ANTERIORES

SÃO ESTAS A SUPRA E A SUB-PUBIANA.

CAPITULO I.

LUXAÇÃO SUPRA-PUBIANA.

Dous são os processos pelos quaes pôde no cadaver ser obtida a luxação supra-pubiana; separadamente delles tratarei.

ARTIGO I.

Primeiro processo.

Deitado de costas o cadaver sobre firme, immovel mesa; fixamente mantida a côxa direita por dous ajudantes que nella exercião acção semelhante á contra-extensão, e por tal modo impedião que todo o corpo seguisse o movimento que sobre a opposta côxa tinha eu de produzir; colloquei a mão esquerda logo acima dos malleolos e a direita na parte do femur esquerdo sobreposta aos seus condylos quando era pronunciada a rigidez cadaverica, ambas na parte ultima-

mente indicada se flaccidos se achavão os musculos. Servindo-me do femur como de uma alavanca levei-o á forçada abducção até sentir o ruido proprio de ligamento que se dilacera: tornava-se então sensivel á vista nos individuos magros, ao tacto nos mais corpulentos, a cabeça do femur na parte superior e interna da côxa. Cessava a luxação, tornando a entrar no acetabulo a semi-sphera femoral se, não continuando nos movimentos de abducção, dispunha a côxa paralela á companheira.

Mantendo com a esquerda a côxa no estado em que principiára a manifestar-se a luxação (em abducção); dobrada a perna de modo a fazer obtuso quasi recto angulo com a côxa, empunhando com a direita o tornozello, e applicando a palma esquerda ao lado interno do joelho, por simultaneos movimentos em oppostos sentidos dirigidos impelli-o para fóra; trouxe para dentro o pé, e assim conseguí a rotação.

Pondo o membro em extensão sem lhe permittir inutilisar o ultimo movimento, do outro o approximei, concheguei-os; foi por tal arte collocar-se na verilha a cabeça femoral. Estava produzida a luxação supra-pubiana: erão os seguintes os seus

Symptomas.

Redondo tumor manifestamente contendo a cabeça femoral apparecia na verilha mais vizinho da espinha antero-superior do iliaco, que da symphise do pubis.

O membro luxado não era mais curto do que o outro.

A rotação para fóra era tal que a face externa da côxa se tornava posterior; e para a mesma parte parecia voltada a extremidade dos dedos.

O joelho voltado para fóra se achava em flexão, e a face interna tornada anterior excedia muito o nivel da face anterior do opposto.

A parte postero-superior da côxa não tocava a mesa em que se achava o cadaver.

Na região do grande trochanter era este substituido por profundo sulco.

(Cadaver em pronação.) Perdendo a fórma mais ou menos globulosa apresentava-se a nadega plana da parte externa para a interna.

A prega ou sulco da nadega era apenas visivel, por estar relaxado o grande gluteo. Outra accidental apparecia, que, principiando ao lado interno e um pouco abaixo da natural, subia para a espinha antero-superior do iliaco.

Movimentos.

Era facil a adducção e a abducção.

Quasi inteiramente estavam abolidos os movimentos de rotação.

Era possivel a flexão da côxa sobre o abdomen até um angulo de pouco mais ou menos 45 grãos.

Durante os movimentos de flexão era no tumor patente a mobilidade.

Erão sempre os mesmos os symptomas; um pouco variava a anatomia pathologica nas experiencias que por differentes vezes fizemos. Descrevê-la-hemos como mais commummente se apresenta.

Anatomia pathologica.

Levantada a pelle e o tecido cellular sotoposto, fica descoberta a aponevrose fascia-lata ora illesa, ora do pubis destacada na parte superior e interna; corre o cordão spermatico neste caso ao longo da mais elevada parte do pectineo, e do adductor medio, cujas fibras se entreabrem umas, outras em maior numero se dilacerão. Passa o sartorio por sobre a cabeça do femur, cobrindo algumas vezes apenas sua metade externa. Retirado o costureiro, apparecem reunidos o psoas e o iliaco em contacto com a parte externa da cabeça femoral; por fóra e por baixo destes o recto anterior da côxa. O nervo crural occupa o lado externo do tumor osseo; correm os vasos cruraes sobre a cabeça do femur; outras vezes passa a arteria sobre o tumor e a veia se colloca a seu lado interno. Uma só vez a arteria e a veia extremamente distendidas passavão ao lado externo do tumor osseo.

As fibras do adductor medio e do pectineo que se dilacerão rompem-se em sentido transversal; as do ultimo rompem-se algumas vezes tão alto, que parecem destacadas de sua insersão pubiana. Constantemente em grande parte se dilacera o recto interno; igual sorte soffrem muitos feixes do pequeno e do grande adductor. O ligamento inter-articular destaca-se ordinariamente da sua inserção femoral; raras vezes se rompe em outros pontos.

O ligamento capsular ou destaca-se de toda a metade interna do bordo cotyloideo, e fórma então a Zona um annel que abraça o collo do femur; ou soffre ruptura de direcção longitudinal, de alto a baixo e do lado externo ao interno, que occupa a parte anterior da capsula, isto é, segue a direcção do ligamento triangular, e se estende da margem superior do acetabulo á linha obliqua que marca a base do collo femoral, ou ficando illeso do lado do cilio

cotyloideo, mais ou menos se destaca do lado do collo: destróem-se em tal caso suas inserções na parte anterior, na superior e na inferior, permanecendo apenas na posterior.

Tendo todo o membro soffrido um movimento de rotação em torno do proprio eixo *dirigido* da parte interna para a externa, como o prova a sua posição quando luxado, vem o grande trochanter por sua mais larga superficie, a externa, pôr-se fronteiro á cavidade cotyloide, na qual se introduz. Confirma-o Astley Cooper. Dissectei, diz elle, uma destas luxações (luxações antigas datando de alguns annos), e achei a cavidade cotyloide em parte preenchida por uma materia ossea, em parte occupada pelo grande trochanter. Não fica porém este em contacto immediato com a cavidade, porque lh'o impede a porção da capsula, que, permanecendo adherente de um lado á parte externa e inferior da margem cotyloide, de outro á parte superior do collo do femur, deve necessariamente cobrir a larga superficie, e a extremidade do grande trochanter, e prohibir além disto que passe este além do nivel do diametro transversal do acetabulo.

Em consequencia da posição do grande trochanter, fica a cabeça totalmente dirigida para diante e situada de encontro á eminencia *ileo pectinea* ou a um ponto della vizinho. O mais alto ponto de sua periphéria acha-se ao nivel do ligamento de Fallopio; e se dobra a côxa sobre o ventre, o grande trochanter se mais se approxima do fundo da cavidade cotyloide, a face superior do collo põe-se em relação com o pubis, e a cabeça como que se occulta por baixo do ligamento de Fallopio. Torna-se evidente pelo conhecimento destas relações que se nas tentativas de redução se dobrar a côxa, estabelece-se o encaixe da cabeça entre o pubis e o ligamento Fallopiano, donde o obstaculo que, inutilizando os maiores esforços, tornará impossivel a redução.

Passamos a estudar a fenda ou abertura anormal a que daremos o nome de Botoeira (por se assemelhar a uma casa em que como botão fica presa a cabeça femoral, através da qual passou esta para se collocar no lugar em que a achamos.) He a botoeira formada pela ruptura do ligamento capsular, ou pela dos musculos. Examinemos em primeiro lugar a abertura da capsula articular para conhecer sua influencia sobre a redução.

Se a capsula se destaca da metade interna do cilio, *caso o mais frequente*, o lado interno da abertura, ou Botoeira, é constituido pela metade interna do bordo cotyloideo, que, não mudando de fórma durante os differentes movimentos, não póde ir abraçar, constringir o collo do femur. Se a abertura ligamentosa é longitudinal, seus bordos membranosos tornão-se tesos durante a extensão; relaxão-se durante a flexão do membro: no primeiro caso estrei-

tamente abração o collo do femur; no segundo nenhuma acção sobre elle exercem.

Se o ligamento capsular se destaca mais ou menos do collo, circumstancia felizmente mais rara que as outras duas, fica a *Botoeira* baixa relativamente á cavidade cotyloide, e a abertura da cavidade é fechada por grande porção da capsula.

Estudando com o mesmo fim a *Botoeira* muscular vemos: que se do lado externo se achão ordinariamente o psoas e o iliaco, que illesos podem contrahir-se sobre o collo do femur; do lado interno as fibras na maior parte dilaceradas do pectineo e dos adductores não formão um bordo regular, não se podem contrahir, e por tal modo oppôr-se á reducção.

Retalhos do ligamento capsular muitas vezes se encontrão na cavidade cotyloide, e tambem algumas vezes porções musculares, sobretudo do pectineo e do adductor medio. Sahindo a cabeça da cavidade, pela violencia que soffrem, rompem-se os ligamentos e os musculos, e fica-lhes posteriormente vazia a cavidade; para este vacuo subitamente feito são impellidos pela pressão atmospherica os tecidos molles que se tornárão moveis. É pela existencia de taes tecidos na cavidade, quando em quantidade tal que não tornão impossivel a reducção, que se póde explicar o facto observado por Arloing no hospital de Nevers no anno de 1806, no qual este cirurgião, tendo reduzido uma luxação que fôra produzida pouco menos de um mez antes, vio o membro reduzido tornar-se meia pollegada mais longo que o natural, allongamento que foi attribuido ao augmento de volume da cartilagem que reveste a superficie articular da cavidade, produzido, ou pela inflammção, consequencia da lesão, ou pela tendencia da cavidade á obliteração em consequencia da ausencia da cabeça femoral; inadmissivel explicação por ser patente que é hypothetica uma tal tumefacção; por não ser possivel durante um só mez diminuir tanto de volume, pela tendencia á obliteração, uma cavidade ossea qualquer.

Tentando um dia produzir no cadaver uma das luxações de que me occupo, depois de ter levado a abducção até a ruptura da capsula, e tendo já visto a cabeça protuberante na parte superior e interna da côxa, collocando-a depois parallelamente á outra, observei que o grande trochanter estava um pouco menos proeminente que o outro; que todo o membro estava um pouco em rotação para fóra; que se tornara uma pollegada, pouco mais ou menos, mais longo que o outro. No cadaver magro, de flaccidos tecidos, sentia-se na região superior e anterior da côxa, no lugar correspondente á articulação, elevação ossea não existente do outro lado. A disseccção me fez conhecer que esta elevação dependia da existencia do testiculo correspondente ao lado da luxação na cavidade

articular, o qual nella se introduzira por uma abertura estabelecida entre o escroto e a cavidade em consequencia do despedaçamento das inserções superiores internas da aponevrose fascia-lata, da ruptura dos musculos e das aponevroses que os cobrem, bem como da aponevrose que passa sobre a capsula. Pôde por ahi introduzir-se o testiculo por se achar no canal inguinal no acto em que se rompêrão os tecidos supra descriptos, no momento da formação do vacuo. Satisfaz esta explicação por ser possivel obter o mesmo phenomeno a maior parte das vezes que, no momento em que se produz a abducção forçada da côxa, se conservar o testiculo conchegado ao orificio externo do anel perto da inserção dos musculos que de ordinario se dilacerão.

REDUCÇÃO.

Fôra a luxação produzida pela abducção forçada, pela rotação de dentro para fóra, pela reconducção ao parallelismo.

Fazer desaparecer o parallelismo levando a côxa á abducção; imprimir-lhe o movimento de rotação de fóra para dentro tendo a perna na posição em que a luxámos neste tempo; pô-la em extensão; reconduzi-la por adducção ao parallelismo, taes são para a redução ser conseguida as indicações que poremos em execução pelo modo seguinte:

Deitado de costas o individuo, tendo-lhe os ajudantes fixado a bacía perpendicularmente comprimindo a espinha antero-superior do iliaco, applique-se a palma esquerda ao concavo popliteo, empunhe-se com a direita, applicada a palma á face anterior, a perna immediatamente acima dos malleolos e imprima-se então á côxa um movimento tal que augmente a flexão em que se achava a perna.

Mais firmemente segurando então o joelho com a mão que occupava o concavo popliteo, e com a outra levando o pé de dentro para fóra se consegue introduzir a esphera no acetabulo: nada mais resta que estender a perna, e reconduzi-la ao parallelismo.

Se se quizesse começar a redução com tracções directas no sentido do eixo do membro, mal se procederia; porque quando a botoeira ligamentosa e muscular é perfeita, suas duas margens cercão o collo do femur, e cerra-lo-hião de mais a mais á proporção que se fizesse desaparecer a flexão: se no momento da rotação estivesse em extensão a perna, levaria ella comsigo a porção interna da capsula fendida, e esta porção tornar-se-hia um obstaculo interposto ao

collo e á cavidade; seria impossivel a redução. É pois claro que é necessaria a flexão para relaxar as margens da botoeira, que a cabeça atravessara e pela qual de novo tem de passar.

Se a botoeira é incompleta, isto é, se por se ter completamente destacado da metade interna do cilio o ligamento capsular, não encontra a cabeça do femur tecidos de natureza tal que se ponhão em tensão augmentando-se a extensão, é apezar disto util a flexão, nociva a tracção no sentido do eixo do membro, porque, a Anatomia pathologica o ensina, vai a cabeça de encontro á margem superior e interna da margem cotyloidea, não obedece, não póde o femur ceder á força que o impelle. É nestas circumstancias que a menor flexão é sufficiente para desembaraçar a cabeça; basta ás vezes augmentar um pouco a determinada pela luxação, e é possivel mesmo apenas conservando-a obter a redução pela simples rotação para dentro.

ARTIGO II.

Segundo processo.

Por este processo é a luxação supra-pubiana obtida sem que tão dilacerados sejam os musculos.

Collocado o cadaver, dispostos os ajudantes do mesmo modo que para a execução do primeiro processo, dobrei a perna sobre a côxa, conservando esta em angulo recto com o tronco.

Sem mudar a posição do membro, rodei-o para fóra até sentir prolongado ruido dependente da ruptura do ligamento inter-articular. Para obter esta rotação servi-me da perna como de uma alavanca: empunhava de uma das mãos o lado interno do joelho que conservava voltado para cima por vigorosos esforços pela outra exercidos na parte inferior da perna.

Depois de ter obtido a rotação, conservando firmemente o membro na posição em que se achava a este tempo, por vigorosos abalos de alto a baixo impressos ao joelho, que se achava então áquem da beira da mesa, consegui fazer sahir da cavidade a cabeça femoral, tornando-a saliente por baixo dos tegumentos.

Conservando o membro em rotação para fóra, reconduzi-o á perfeita extensão: tornou-se então a cabeça do femur saliente na prega da verilha.

SYNPTOMAS DA LUXAÇÃO:

Em nada differem dos já descriptos.

ANATOMIA PATHOLOGICA.

Differenças nas alterações das relações existião dependentes, segundo creio, da difficuldade de ter nas diversas experiencias em igual angulo a perna com a côxa ao tempo que no joelho se exercitavão movimentos que não podião ser sempre de igual força: são no entanto mais communs as seguintes alterações.

Primeira experiencia: Levantada a fascialata e o costureiro, corrião os vasos cruaes sobre a cabeça do femur, ficando a arteria no meio desta, e mais internamente a veia.

A botocira estava estabelecida do modo seguinte: Do lado interno do collo se achavão o pectineo e adductores intactos; do externo o iliaco e o psoas reunidos; entre estes o nervo crural; o ligamento capsular estava longitudinalmente fendido.

O musculo obturador externo se destacára de sua inserção na membrana obturadora e em parte se occultava no acetabulo.

As relações da cabeça e do grande trochanter erão as notadas na luxação pelo outro processo.

Segunda experiencia: Neste caso a cabeça passava por entre o recto anterior e o psôas e iliaco reunidos. Achavão-se intactos os musculos á excepção do delgado ou recto interno que se dilacerára na metade de sua maior extensão; os vasos cruaes estavam ao lado interno.

O ligamento capsular se destacára do collo excepto na parte posterior.

REDUÇÃO.

Nos casos em que são do primeiro modo as alterações consegue-se a redução seguindo as regras já estabelecidas para as luxações produzidas pelo primeiro

processo. Nos que apresentam as alterações do segundo modo a redução é impossível e a dissecação demonstra depender o obstaculo da presença de retalhos capsulares no acetabulo.

Nas luxações em que existem as alterações pathologicas do primeiro genero convém insistir na conservação do movimento que sobre o joelho se exercêra no sentido da adducção. (Nas luxações em que os musculos mais se rompem mais franca é a passagem da cabeça femoral, donde resulta que com menores esforços se obtem a redução completa.) Se se não insiste neste movimento, muito afastada da outra fica a côxa: o joelho e o pé ficam ainda voltados para fóra, e se em extensão se põe logo a perna, ao approximar a côxa da opposta encontra-se grande resistencia, que só desaparece tornando a pôr a perna em flexão, e rodando-a para dentro segundo as regras já descriptas.

LIGAMENTO INTERARTICULAR.

A anatomia experimental faz conhecer que se rompe o ligamento inter-articular quando, dobrada a côxa, della nos servimos como de uma alavanca e lhe imprimimos o movimento de rotação para fóra, que, não sendo o femur e sua esphera refreados por este ligamento, colloca-se o grande trochanter abaixo do cilio cotyloideo, e que, se o movimento de que fallamos não é conservado e em extensão se põe logo a côxa, a extremidade do grande trochanter fica applicada á gotteira do obturador externo, tanto mais firmemente, quanto menos tivermos vedado os movimentos de abducção.

REFLEXÕES.

Desault Boyer e Astley Cooper dizem ter lugar a luxação quando a côxa é forçadamente levada para trás ao mesmo tempo, que no mesmo sentido se move o tronco.

Para que a luxação tenha lugar, diz S. Laugier, é preciso que a bacia se dirija vivamente para trás e para baixo ao mesmo tempo que a extremidade superior do femur se dirige para diante e para cima, é por isso que se tem dito que é preciso que a côxa seja levada para trás, tomando pela côxa sua parte inferior; o facto é que o individuo cahe para trás, e não para diante nesta luxação, o que

teria lugar se a bacia e com ella todo o tronco se dirigissem para diante: teria sido mais exacto dizer que a extremidade superior da côxa, e a bacia ou a verilha se dirigião para diante no primeiro tempo do movimento forçado que deve produzir a luxação; mas para que esta tenha lugar é preciso que a bacia fique posterior á cabeça do femur, o que tem lugar no segundo tempo, na quéda que acompanha o deslocamento.

O illustre Marjolin affirmava que esta luxação tinha lugar quando a côxa era forçadamente levada para a parte posterior e externa.

Concordão geralmente os autores que a presença da cabeça do femur na região inguinal é o caracter pathogonomonico desta luxação. Nem todos estão de accordo a respeito da posição do grande trochanter. Desault e Boyer admittião que o grande trochanter se dirigia mais para cima e para diante. S. Laugier e Vidal de Cassis dizem que o grande trochanter virado para diante está situado sobre uma linha vertical tirada da espinha antero superior do iliaco. Tratando desta luxação em geral não falla Astley de symptoma provindo do grande trochanter; diz no entanto, na pagina seguinte, ter achado um dia em uma luxação antiga esta apophyse occupando em parte a cavidade articular primitiva, em parte preenchida por uma materia ossea.

Dão geralmente os autores como symptomas desta luxação o encurtamento do membro. Indo porém tal asserção de encontro aos resultados de nossas experiencias, julgamos que ha da parte delles engano proveniente talvez do modo de medir, e que pôde resultar ou da comparação dos dous membros, sem attender á flexão do joelho do luxado, ou de não terem sido collocadas no mesmo nivel as duas espinhas iliacas antero-superiores.

Assim o creio, já por não declararem os autores o methodo pelo qual verificárão o comprimento relativo do membro, já porque o mesmo Cooper, que, tratando em geral dos symptomas da luxação de que me occupo, diz que o membro se encurta de uma pollegada, na observação 36.^a refere simplesmente que o membro tinha diminuido um pouco, e na 37.^a afirma que no membro pouca differença havia quanto ao comprimento.

Não admittindo estes autores, ou antes não conhecendo talvez que é a luxação em questão o resultado da rotação do membro em torno de seu proprio eixo, julgarão que para chegar ao nivel do ligamento de Fallopio tinha a cabeça do femur necessidade de se elevar, donde a preconcebida ideia de encurtamento do membro. Tomando uma bacia e um femur, e fazendo apoiar a larga superficie do grande trochanter sobre a metade inferior da cavidade cotyloide, vê-se que a cabeça facilmente ficaria em contacto com o ligamento de Fallopio, o que a *a priori* se poderia julgar, porque a distancia que vai do ponto mais baixo da circumferencia da cavidade cotyloide á eminencia ileo-

peclinea é uma pollegada menor que a existente entre a superfície externa do grande trochanter e a parte articular superior do femur. Donde parece resultar que, bem longe de se encurtar, deveria em alguns casos se allongar o membro, como no vivo observou Dorsey, que, segundo Cooper, é um dos mais habéis cirurgiões Americanos.

Demonstra, além disto, a anatomia experimental que a porção illesa da capsula impede a ascensão da cabeça do femur; é portanto impossível o encurtamento do membro.

A flexão do joelho tem sido attribuida á contracção muscular; nós porém julgamos depender este phenomeno da resistencia da porção da capsula ligamentosa que, destacando-se da parte inferior do cilio, corre na luxação em questão por sobre a parte superior do grande trochanter, e vai-se inserir na parte superior da base do collo do femur; porquanto, despindo a articulação de todos os musculos, e produzindo depois a luxação, apresenta o joelho o mesmo grau de flexão.

Do que havemos até aqui escripto estamos habilitados a concluir que esta luxação tem sido indevidamente chamada luxação antero-superior, que tal nome deveria ser abolido por incluir a ideia de encurtamento do membro, ideia falsa que dá e que dará talvez causa a serem postos em pratica defeituosos methodos de reducção.

CAPITULO II.

LUXAÇÃO SUB-PUBIANA.

Opina a maior parte dos autores que a luxação sub-pubiana tem lugar quando uma da outra são as côxas excessivamente afastadas.

Experiencias repetidas nos tem provado que de per si só, embora levada ao mais alto grão, é a abducção incapaz de produzir luxação que não seja reduzida pela simples reconducção do membro ao parallelismo, salvo o caso em que precedendo ao osso um retalho de partes molles se introduzir na cavidade e occupar grande parte della. Quando mesmo pela abducção fôr a cabeça collocada fóra da cavidade, não se approxima ella do buraco oval; porquanto durante a abducção representa o femur grande braço de alavanca apoiando-se

pelo grande trochanter na margem da cavidade cotyloide, e se neste caso mais fortemente fosse afastada a côxa, romperia o osso a capsula ligamentosa, e descrevendo a cabeça um arco de circulo que tem por centro o grande trochanter, iria sahindo sem que lhe fosse possível chegar ao buraco oval.

Donde se deve concluir que os praticos, descrevendo em suas observações clinicas esta luxação, e tendo notado o afastamento da côxa no momento da quêda, esquecerão-se de outro elemento indispensavel para a producção da luxação, que mais tarde descreveremos.

PROCESSO.

Do mesmo modo que nos processos descriptos, collocado o cadaver, disposto um ajudante a fazer sobre a côxa, que não tinha de ser luxada, movimentos em sentido opposto áquelles que eu devia executar; empunhando a perna sobre os malleolos, e fazendo do femur alavanca, levei-o a forçada abducção até sentir notavel ruido aviso da dilaceração da capsula. Vê-se, ou ao menos sente-se então a cabeça do femur na parte interna e superior da côxa.

Dobrando então a perna em angulo recto com a côxa, rodei-a para dentro, o que obtive levando para fóra o pé, ao passo que para dentro e para baixo impellia o joelho: novo ruido produzido pela ruptura do ligamento inter-articular sente-se então, e desce a cabeça que vai-se tornar patente por baixo da pelle, que anteriormente cobre a tuberosidade ischiatica.

Estendi depois a perna e abaixei o joelho, levando-o um pouco para a parte externa; escorregando então a sphaera por baixo e ao longo do cilio cotyloideo, foi collocar-se defronte do buraco oval.

SYMPTOMAS.

Por tal modo da outra se achava afastada a côxa, que a face interna se tornára anterior.

Estava em flexão a côxa; igualmente em flexão se apresentava a perna.

O espaço internamente comprehendido entre a espinha antero-superior do iliaco e a tuberosidade ischiatica era dividido por tensa corda quasi pararella ao eixo da côxa, que, começando na vizinhança da espinha do pubis, tornava-se

pouco a pouco mais larga até vir a desvanecer-se no limite do terço medio com o inferior da côxa ; por esta corda ficavão separadas duas depressões, na inferior das quaes estava a cabeça do femur em distancia de uma pollegada e duas linhas do rafe períneo-scrotal.

Na face externa da côxa, precisamente na região do grande trochanter, se observava profundo sulco transversal, e no fundo deste o mesmo trochanter.

Para conhecer o comprimento relativo dos dous membros abdominaes marquei um ponto no lado interno de cada joelho ; posta depois a côxa perfeita em attitude semelhante á da deslocada, medi a distancia entre o dito ponto e o rafe. Verifiquei assim que :

O comprimento do membro se achava augmentado de duas pollegadas pouco mais ou menos.

Movimentos.

Era impossivel a adducção.

Pouco movel era a côxa se se intentava roda-la para dentro ou para fóra.

Podião ser augmentadas a flexão, e a abducção.

ANATOMIA PATHOLOGICA.

Eis o seguinte resultado de varias experiencias.

Fica a maior parte das vezes illesa a aponevrose fascia-lata.

A tensa corda de que acima fallamos é constituida por um feixe de fibras da fascia-lata que se continua com o pillar inferior do anel inguinal externo.

O pectíneo, muitos feixes do tricipite adductor, e o recto interno são dilacerados.

O ligamento capsular ora destaca-se de toda a metade interna do cilio cotyloideo, e fica a Zona adherente ao collo ; ora deste se destaca e ao bordo acetabular fica adherente. É outras vezes longitudinal a ruptura da capsula.

Dilacera-se constantemente o ligamento redondo, ou antes (exprimindo-me como A. Cooper com mais precisão) destaca-se da cabeça do femur.

A cabeça do femur fica ao lado interno da interna margem do cilio cotyloideo e repousa sobre o obturador externo ; a face superior do collo fica inferior á cavidade articular e applicada contra a gotteira porque passa o tendão do obturador externo ; o grande trochanter fica portanto por baixo e por fóra do cilio cotyloideo.

A abertura da cavidade é immediatamente fechada pela porção de capsula trazida de alto a baixo e de fóra para dentro pela extremidade luxada a que ficára adherente.

O psoas e o iliaco distendidos e o feixe dos vasos cruraes passam por diante da mesma cavidade e por sobre o collo do femur.

REDUCÇÃO.

Dobre-se primeiro a côxa, e, conservando-a assim, leve-se o joelho de fóra para dentro até o tempo em que, lançando a vista sobre a face anterior da côxa, se observar que está a dita face parallelá á linha mediana do corpo. Vem por tal modo a cabeça retrocedendo do buraco oval collocar-se abaixo da cavidade articular. Resta fazê-la vencer o segmento inferior do cilio, o que se obtem da seguinte maneira: Relaxados pela flexão da côxa o iliaco, o psoas e a bota-cira ligamentosa, passe-se o antebraço por baixo do concavo popliteo de modo tal que a este ficando applicada a parte superior daquelle, possa a mão vir segurar a parte media da perna, ficando a palma em contacto com sua face interna e os dedos contrahidos sobre sua face anterior; com a outra mão empunhe-se a parte postero-superior da côxa. Trazido o joelho contra o peito, seja o femur convertido em alavanca, sendo abaixado o joelho e levantada a parte postero-superior da côxa.

Diz Astley Cooper ter visto facilmente *ser reduzida* esta luxação tomando o operador pelo tornozello o membro luxado, antes, por transversal cinta passada por entre sua parte superior e os órgãos genitales, ligado a uma argola fixada em uma muralha, e praticando a extensão depois de o ter feito cruzar o membro são por sua parte posterior.

Affirma depois ser este processo muito vantajoso nas luxações ovaes recentes.

REFLEXÕES.

Demonstraremos a excellencia do processo de redução que aconselhamos, fazendo ver que em alguns casos é impossivel a redução pelo processo de Cooper, e que, dependendo a impossibilidade da redução da disposição anatomico-pathologica, não traduzida por symptomas externos, deve o que descrevemos, comquanto o de Cooper seja vantajoso em alguns casos, ser sempre preferido.

É impossivel a redução pelo processo de Cooper em casos em que é longitudinal a ruptura da capsula.

Se no cadaver fizermos uma incisão longitudinal na capsula entre o bordo interno do ligamento triangular e a margem interna da zona e luxarmos depois a côxa, veremos que se torna impossivel reduzir a luxação pelo processo de Cooper; porquanto é neste caso o collo do femur, depois de ter a cabeça passado pela botoeira ligamentosa, por ella cercado; e por isso se no momento em que a cabeça deve por ella retroceder para chegar á cavidade, a côxa está em extensão tornão-se tensas as margens da botoeira, e tanto mais quanto mais se tornar pronunciada a extensão; nestas circumstancias, comquanto a cabeça possa avançar até pôr-se fronteira á cavidade cotyloide, não poderá penetrar emquanto não fôr relaxada a botoeira, o que se não pôde conseguir continuando a tracção por Cooper recommendada.

Quando porém a capsula fôr pela violencia da luxação destacada da metade interna do cilio, ficando a zona adherente ao collo bom resultado dará o processo d'Astley Cooper. Porquanto, se em um cadaver se despir a capsula ligamentosa dos musculos que a circumdão, deixando apenas o *psaos* e o *iliaco*, e se destacar a capsula da metade interna do cilio, luxada a côxa ficará a cabeça do femur tanto mais applicada, do lado interno da cavidade, contra a orla que a circumda, quanto mais dobrada estiver a côxa, e vencendo o cilio logo que a côxa fôr posta em extensão, será reconduzida ao acetabulo. Pôde este phenomeno ter lugar espontaneamente se ao proprio peso fôr o membro abandonado.

É nestes casos em que tambem é possivel a redução espontanea que dá maravilhosos resultados o processo de Cooper; no caso supra-citado era o lado interno da botoeira representado pela margem da cavidade articular, que, não podendo ser distendida, e por tal modo constringir o collo do femur, nenhum embaraço podia oppôr á esphera ao entrar no acetabulo.

Não sendo estas alterações pathologicas traduzidas por symptomas, é claro que deve ser preferido o processo que aconselhamos, que bons resultados dá em qualquer das alterações que conhecemos.

Nos casos em que a capsula se destaca do collo ha para a redução os mesmos obstaculos que para a luxação precedente, e que já estão descriptos.



SÃO AS ISCHIÁTICAS, A TUBERO-COTYLOIDEA E AS ILIACAS.

LUXAÇÕES POSTERIORES

SECÇÃO II.

CAPITULO I.

LUXAÇÕES ISCHIATICAS.

Varião quanto ao mechanismo e quanto á distancia entre a cabeça e a cavidade articular as luxações por Astley Cooper designadas pelo nome de luxações na chanfradura sacro-ischiática. Muito influe nesta variação a Zona dos Webers. Achão-se incluídos nesta denominação duas differentes luxações; fica em uma a cabeça do femur collocada posteriormente á cavidade cotyloide e em contacto com o espaço comprehendido entre a chanfradura ischiatica e o cilio acetabular, e deve por isto chamar-se ischio-iliaca; repousa em outra a esphera nos bordos da chanfradura ischiática, em que mais ou menos se introduz, e é por isso chamada sacro-ischiática.

Por dous processos podem estas luxações ser produzidas.

Em ambos os casos são os mesmos os symptomas em cada uma das luxações de que fallámos; mas de tal modo varia a anatomia pathologica, que diversos são os processos de reducção.

A um dos processos, pelos autores descripto, dou o nome de Processo commum: o outro, não geralmente conhecido, será chamado processo de circumducção.

ARTIGO I.

Luxação ischio-iliaca.

Processo de circumducção. Reagia um ajudante sobre o membro que não tinha de ser deslocado; levei, segundo o modo descripto na luxação oval, o membro a forçada abducção, e depois á rotação para dentro até tornar a cabeça do femur saliente por baixo da pelle que cobre a tuberosidade ischiatica.

Imprimi depois ao joelho forte movimento de alto a baixo, e de fóra para dentro, e ao mesmo tempo puz em extensão o membro *abdominal*.

SYMPTOMAS.

Postas ao mesmo nível as duas espinhas antero-superiores o membro fica em forte rotação para dentro, sua face posterior torna-se externa, a externa anterior, e esta interna.

O bordo interno do pé em todo o seu comprimento fica em contacto com a mesa.

Desapparece a prega da verilha, e em seu lugar, principalmente nos individuos de flaccidos tecidos, apparecem diversas dobras ou pregas obliquamente dirigidas do osso iliaco á face interna da côxa tornada posterior: correspondem a estas rugas o sartorio e o fascia-lata a tal direcção levados pela torsão que soffreu a côxa.

Fica o joelho em flexão que facilmente se faz desapparecer.

O grande trochanter por seu apice fica ao nível do congenero e por tal modo se dirige para diante, que fica no plano horizontal da espinha iliaca antero-superior.

ANATOMIA PATHOLOGICA.

Parte posterior. Levantado o grande gluteo, vê-se a cabeça do femur, que torna saliente o medio gluteo, coberta pela delgada aponevrose, que, nascida da face superficial deste musculo, desce e vem cobrir os vasos gluteos, o nervo ischiatico e os musculos posteriores da côxa. Fica a cabeça voltada para a parte posterior e em contacto com o espaço comprehendido entre o cilio e a grande chanfradura ischiatica. Passão entre a cabeça e a sobredita superficie os dous gemeos reunidos com o tendão do obturador interno, os quaes passam depois por sobre o collo do femur para irem inserir-se na cavidade digital do grande trochanter:

A mesma direcção, o mesmo trajecto seguem o tendão do pyramidal e sua parte delgada passando superiormente aos ultimamente mencionados. O nervo ischiatico um pouco dirigido para fóra pela torsão da côxa passa por entre a bacia e cabeça do femur sem ser por ella compresso. Dilacera-se, ou antes destaca-se de sua inserção pelviana o obturador externo. Rompe-se pelo meio o quadrado da côxa. Ficão inferiores ao collo o grande e o pequeno adductores. A botocira muscular é constituida pelo quadrado dividido na direcção de suas

fibras, ou, se a ruptura deste é transversal, pelos pyramidaes, gemeos e obturador interno superiormente, e do lado inferior pela mais alta parte dos dous adductores mencionados.

Parte anterior. A torsão da cõxa indica o estado dos musculos. Cobre o sartorio o lado interno do iliaco e do psoas, a estes o crural, e ao ultimo o tensor do fascia-lata. Introduz-se o nervo crural entre as fibras do iliaco e psoas. Tem o grande trochanter sua larga superficie voltada para fóra, e fica fronteiro á cavidade cotyloide. A abertura desta é fechada em todo o seu terço interno pelo feixe dos vasos cruraes, e nos dous terços que restão é immediatamente coberta por uma porção da capsula illesa, sobre a qual está o feixe commum do psoas e iliaco. Fica primeiro este feixe entre o grande trochanter e a abertura da cavidade, desce depois e vem a ficar entre a porção inferior e externa da margem do acetabulo e o colle do femur; passa por fim sobre o collo, e, contornêa posteriormente o femur para chegar á sua inserção no pequeno trochanter, que de posterior e externo tornou-se anterior e interno.

Passamos a descrever a mais difficil, a mais interessante parte, a que diz respeito á ruptura da capsula.

Pela abducção forçada sahe a cabeça destacando o ligamento capsular de toda a metade interna do bordo acetabular (fica a Zona adherente ao collo).

A porção da capsula illesa em suas adherencias passa a representar larga Fita que se insere na metade externa do cilio do acetabulo e nos pontos da base do collo que a esta correspondem.

Esta larga Fita tem um bordo superior e um inferior; vai este ser objecto de nossa attenção:

Inferior necessariamente a este bordo fica a cabeça do femur já inferior ao contorno da cavidade no momento em que sendo a cõxa levada á rotação para dentro é a esphera obrigada a collocar-se abaixo da margem inferior do cilio; é no tempo desta rotação que a face posterior do collo, tornando-se externa, vai encontrar a margem inferior da supracitada Fita ligamentosa, e por isto de necessidade o collo e por consequencia a cabeça do femur ficão collocados abaixo da margem inferior da Fita.

Abaixando o joelho levanta-se a semi-esphera, e sendo para executar este ultimo movimento obrigada a passar por baixo e além do bordo inferior da Fita, fica esta em grande extensão, por se torcer á roda de si mesma entre a cabeça e o grande trochanter.

A extrema tensão da Fita e a presença da Zona vedão á cabeça o tornar-se mais protuberante no iliaco, e o dirigir-se para a chanfradura ischiatica.

REDUCÇÃO.

Sendo neste caso curvo e não mui amplo o caminho que tem de percorrer a cabeça é-lhe facillimo ir de encontro e prender-se nas partes acima descriptas, pelas quaes tem de tornar a passar.

Nesta luxação, em que tão perto da cavidade cotyloide fica a cabeça, e em que estão ellas ao mesmo nivel, não póde a semi-esphera ser immediatamente reconduzida ao acetabulo, porque lh'o veda a disposição da Fita.

Seria irracional praticar a extensão no sentido do eixo do membro por não haver encurtamento deste na luxação presente.

Seria improficuo o processo de Cooper porque á reducção se opporia a disposição da Fita.

Não basta dobrar a côxa e roda-la para fóra, porque iria a cabeça de encontro aos ossos e aos retalhos capsulares, onde pararia.

Pelo seguinte methodo será facil a reducção :

Sendo o direito o membro luxado — colloque-se o operador por fóra do membro; dobrando a perna levante, o joelho e o dirija para fóra seguindo um movimento composto de flexão e de abducção lentamente afim de ver se em alguma parte pára a cabeça; chegando esta perto da cavidade, no momento em que se tornar saliente levantando os tegumentos correspondentes á tuberosidade ischiatica, parará o operador, para que não fique a esphera sujeita a escorregar por baixo e ao longo do cilio, o que poderia ser causa de transmutação da luxação em sub-pubiana.

Chegando portanto a cabeça ao ponto de que fallamos, passará o operador o antebraço direito por baixo do concavo popliteo do modo por nós descripto quando tratámos da reducção da luxação sub-pubiana; applicará a palma esquerda á face postero superior da côxa, e se disporá a obrigar com ella a cabeça a vencer a margem inferior do cilio, unico obstaculo á sua entrada no acetabulo. Bem dispostas assim as cousas, trará o operador a si o joelho rodando-o ao mesmo tempo um pouco para fóra, e simultaneamente executando com a esquerda o movimento que lhe destinára, obterá facilmente a reducção.

ARTIGO II.

Luxação Sacro-ischiatica.

Processo por circumducção. — Para produzir esta luxação segui o mesmo processo que na precedente, com a differença de empregar maior força no

momento da rotação da côxa para dentro quando tinha de obrigar a cabeça a passar por baixo da fita, e assim obter, pela maior destruição de suas inserções na bacia, destruição produzida pela violencia do collo indo de encontro ao bordo inferior da fita, uma luxação em que mais que no caso precedente ficasse a cabeça afastada da cavidade articular.

SYMPTOMAS.

Assemelha-se, pelo seu aspecto, á ischio-iliaca; differe desta pela maior adducção, pela possibilidade (maior) de diminuir a flexão do joelho, pela enorme saliencia do grande trochanter.

O membro luxado torna-se uma pollegada mais curto que o são.

A ponta do grande dedo fica ao nivel da articulação metatarso-phalangiana do outro membro, e se se permite ao pé do luxado sobremontar o opposto (ao que facilmente é levado pelo estado de adducção e de rotação da côxa para dentro), vê-se que seu concavo bordo interno fica applicado á articulação tibio tarsiana do illêso.

O grande trochanter fica uma pollegada atrás do plano horizontal da espinha anterior e superior do iliaco.

Excede elle muito o nivel do perfil da crista iliaca; fica por isso tumida esta região da côxa.

Fica o grande trochanter mais alto collocado que o seu congenero, e quasi ao nivel do espaço comprehendido entre as duas espinhas anteriores do iliaco.

Mais posterior ao grande trochanter fica a cabeça do femur, e como que se sepulta nas carnes, mas logo que se augmenta a rotação para dentro, vem a ficar no plano vertical do grande trochanter, formando com elle o tumor descripto na precedente luxação (tumor caracteristico das luxações posteriores).

O apice deste tumor dista pouco mais ou menos tres pollegadas da crista iliaca, que, suppondo (o cadaver em pé) verticalmente lhe fica correspondente; fica o apice tambem ao nivel da parte mais proeminente e curva do sacrum.

Movimentos. São os da precedente luxação, com a differença de poder a rotação para dentro ser augmentada até o ponto de ficar em contacto com a meza todo o bordo interno do pé.

ANATOMIA PATHOLOGICA.

É semelhante á precedente, differindo no seguinte, em uma das necropsias de que guardámos notas:

A cabeça do femur passava por detrás do nervo crural que vinha a soffrer distensão, ficando por diante do collo.

Dilacerarão-se o quadrado, o obturador externo e feixes superiores do grande adductor.

O ligamento capsular destacára-se de toda a metade interna e da quarta parte inferior e externa do bordo acetabular.

A zona dos Webers tinha-se dividido ao meio no ponto inferior da aza por ella constituida. Por isto a cabeça do femur, depois de ter passado além do bordo inferior da porção illesa da capsula, tinha podido dirigir-se para trás e para cima, e encostar-se á chanfradura ischiatica. Por este modo o grande trochanter estava situado de encontro ao talão do cilio, e o collo em relação com o espaço ischio-iliaco.

REDUCÇÃO.

É com facilidade obtida imitando-se o processo da precedente.

ARTIGO III.

Luxação ischio-iliaca.

Pelo processo commum.

Não pôde esta ser obtida sem que por muitos laços que o tornem immovel seja atado o cadaver sobre a mesa deitado de costas; para ser facil a luxação, foi-me necessario praticar ao nivel do apice do grande trochanter transversal incisão de mais de tres pollegadas de comprimento, interessando os tegumentos e o vigoroso feixe de fibras aponevroticas que se acha entre o medio gluteo e o tensor da fascia lata.

Pelo methodo seguinte a obtive eu:

Rodei para dentro o membro em extensão e em tal estado de rotação o levei ao mesmo tempo á flexão e á abducção.

Representava o membro uma alavanca que cruzava o congenero, passando-lhe por diante. Forçando o encruzamento por impulsão robusta impressa ao anterior foi a luxação produzida.

SYMPTOMAS.

Os da luxação homonyma pelo outro processo.

ANATOMIA PATHOLOGICA.

O pyramidal, gemeos e obturadores dilacerarão-se em sua porção carnosa. Formarão a botoeira as fibras inferiores do pequeno gluteo, e o bordo superior do quadrado. A cabeça do femur voltada para trás estava em relação com o espaço ischio-iliaco, mais vizinha do acetabulo que da chanfradura ischiatica.

O ligamento capsular destacára-se do cilio em toda a metade externa deste. A zona illesa circumdava o collo.

A abertura da cavidade estava fechada por toda a porção illesa da capsula levada para a parte externa pelo collo a quem *continuava a adherir*.

Estavão distendidos o iliaco e o psôas sobrepostos á mencionada porção de capsula que fechava a cavidade e imitava por esta disposição a pelle de um tambôr.

REDUCÇÃO.

Aproveita neste caso o methodo de Cooper.

Dobre-se portanto a côxa deslocada, e seja posta por diante da outra, cruzando-a em seu terço inferior; faça-se depois a extensão, e quando a cabeça chegar diante da cavidade, imprima-se ao membro um movimento de rotação para fóra.

Relaxão-se pela flexão as partes tensas; pela rotação para dentro, mantida até o fim da operação, diminue-se o attrito entre a cabeça do femur e o bordo acetabular.

ARTIGO IV.

Luxação Sacro-ischiatica.

PROCESSO COMMUN. — É obtida seguindo-se á risca as regras estabelecidas ultimamente para a luxação ischio-iliaca pelo processo commun.

Examinando o cadaver, vi que era muito semelhante á obtida pelo processo de circumducção já descripta, isto é, que era a verdadeira luxação na chanfradura ischiatica (de Cooper).

Semelhante, não igual, porque mais pronunciados erão os symptomas tirados do grande trochanter.

SYMPTOMAS.

Era menor a rotação para dentro.

O encurtamento era de pollegada e meia.

O grande trochanter estava mais acima do nivel, quer do perfil da espinha antero-superior, quer do da crista iliaca.

ANATOMIA.

As alterações musculares erão pouco mais ou menos as notadas na luxação ischio-iliaca pelo mesmo processo.

O ligamento capsular estava destacado do cilio nos tres quartos da sua circumferencia; subsistião as inserções na quarta parte interna do mesmo cilio.

A Zona circular dos Webers, em lugar de dilacerar-se ou de destacar-se da base da espinha a que adhire, levou comsigo o tuberculo osseo em que se inseria.

A cabeça do femur achava-se applicada contra a parte superior da chanfradura ischiatica, sobre a qual cahia quasi perpendicularmente, e por isso o grande trochanter estava menos inclinado para o cilio cotyloideo do que o estava na mesma luxação pelo processo de circumducção.

REDUCÇÃO.

Facilmente se faz entrar no acetabulo a cabeça do femur pelo methodo de reducção que para a precedente luxação adoptámos.

CAPITULO II.

LUXAÇÃO TUBERO-COTYLOIDEA.

Tratamos agora da luxação para baixo (das posteriores communs a que merece o nome de tubero-cotyloidea), descripta por B. Bell, por Olivier d'Angers, e por Evers.

PROCESSO.

Obtive esta luxação servindo-me do processo de circumducção, e de repente parando quando a cabeça depois da rotação para dentro se tornou saliente por baixo da pelle que cobre a tuberosidade ischiatica.

SYMPTOMAS.

Deitado o cadaver sobre o lado perfeito, o membro luxado cruzava o outro em angulo recto, repousando sobre a parte superior deste.

Para fazer a comparação dos dous membros, necessaria para o exacto diagnostico, foi preciso deitar de costas o cadaver, dobrar a côxa á semelhança da outra, isto é, em angulo pouco menor que o recto com o tronco; observei então que :

O joelho do membro luxado ficava tres dedos transversaes posterior ao outro.

O pé do mesmo não se voltava para fóra nem para dentro, e ficava tres dedos abaixo do outro, isto é, o calcaneo do pé do primeiro batia sobre o malleolo interno do segundo.

O grande trochanter ficava tres dedos abaixo do opposto e pouco mais ou menos dous dedos mais visinho da tuberosidade ischiatica. Entre esta tuberosidade e o grande trochanter sentia-se um tumor osseo constituido pela cabeça do femur, o qual não podia exactamente ser circumscripto pela mão por se acharem em violenta tensão as partes que o cobrião.

A proximidade em que se achavão o grande trochanter, a tuberosidade do ischion, e a cabeça do femur collocada entre estas tornavão globulosa nesta parte a nadega, sendo do outro lado recto o plano entre a tuberosidade e o grande trochanter.

Movimentos.

Podião augmentar-se a flexão e a extensão; em nenhum sentido era executavel a rotação. Com mediocre força se obtinha a extensão; neste caso porém com facilidade se converte a luxação em ischio iliaca.

ANATOMIA PATHOLOGICA.

Levantado o grande gluteo, apparece a esphera femoral através da ruptura do quadrado da côxa sem totalmente sahir.

A botoeira é constituída: superiormente pelo pyramidal, pelos gêmeos e obturador interno; inferiormente pela porção inferior do medio gluteo.

Fica por diante da cabeça a porção inferior do medio gluteo; por detrás o nervo ischiatico, e os tendões dos musculos que se inserem na tuberosidade do ischion. Ficão transversalmente dilacerados, o quadrado, e o obturador externo; o delgado, e os adductores tambem se rompem. O ligamento capsular estava destacado da metade interna e inferior do cilio.

A esphera femoral voltada para baixo e para trás ficava por baixo da metade interna do bordo do acetabulo, e sua face anterior em contacto com a gotteira do obturador externo. Por sua larga superficie ficava o trochanter voltado para cima e para diante.

A face anterior do collo e a margem correspondente do grande trochanter ficavão fronteiros á cavidade immediatamente fechada pela porção illesa da capsula sobre a qual passavão por dentro o psoas e iliaco distribuidos, e por fóra a porção inferior ou tendinosa do pequeno gluteo.

O pequeno trochanter olhava para diante.

REDUCÇÃO.

Far-se-ha pelo methodo de circumducção.

REFLEXÕES SOBRE O CAPITULO I E II.

A notavel discordancia das observações anatomo-pathologicas que nos Autores se lêem fazia *a priori* suspeitar que inexactamente se exprimem elles, se não conhecem mal as alterações das relações. Encontrão-se no mesmo Autor proposições contrarias que obrigão a perder a veneração ás suas observações. A cabeça do osso, diz Astley Cooper, repousa por trás da cavidade cotyloide sobre o musculo pyramidal, no bordo da chanfradura, por cima dos ligamentos sacro-sciaticos: é assim justamente expresso o que á cabeça do femur póde acontecer. Mais adiante diz o mesmo: « De tal modo se acha a cabeça introduzida na chanfradura sciatica, que não póde ser sentida senão nas pessoas magras. » São do mesmo autor duas proposições que se contrarião e que indicão inexactidão nas observações.

Tendo descripto as luxações por circumducção que podem parecer experimental invenção, provamos que são baseadas sobre a observação clinica: Astley

Cooper em sua 28ª observação narra que no acto de reduzir uma luxação no buraco oval em um joven de 16 annos, a cabeça do femur passou para a chanfradura ischiatica por ter o cirurgião levado muito para diante a côxa ao tempo que fazia esforços de alto a baixo sobre o joelho.

É esta transmutação ou transposição confirmada pela experiencia : Sendo iguaes os movimentos dos dous primeiros tempos da luxação por circumducção e os das ovaes ; ao reduzir uma das ultimas, quando temos chegado a reduzir a cabeça abaixo da parte inferior do cilio (que é o lugar onde tambem esta se acha no segundo tempo do processo por circumducção), basta levar o joelho de fóra para dentro e de alto a baixo para fazer apparecer a cabeça na parte posterior da cavidade articular.

Diz Astley Cooper, continuando sua 28ª observação : « Todos os esforços serão inuteis para tirar a esphera de seu novo domicilio » .

Reflectindo que elle não dá palavra a respeito do processo dos antigos, base dos processos de circumducção, julgamos bem certo não ter elle tentado senão o processo que ensina para reduzir a luxação na chanfradura ischiatica, e somos levado a affirmar que a não redução dá uma grande prova da solidez dos principios que estabelecemos ; prova sobretudo que além da contracção muscular ha outros obstaculos que vedão a redução das luxações ; porquanto tratava-se então de uma luxação recentissima, e por isso nas melhores circumstancias, porque, segundo o mesmo Cooper, a resistencia dos musculos está na razão directa da antiguidade da luxação.

CAPITULO III.

LUXAÇÕES ILIACAS.

São a *commun* e a de Monteggia.

ARTIGO I.

Luxação iliaca *commun* pelo processo de circumducção.

É a mais frequente, segundo a opinião dos praticos.

Póde ser produzida pelo processo *commun* e pelo de circumducção.

PROCESSO DE CIRCUMDUCCÃO.

Differe do usado para obter a ischio-iliaca pela maior força que se tem de empregar. Obtive-a como vou dizer:

Fiz a abducção forçada da côxa.

Dobrei a perna em angulo recto com a côxa abducta, e rodei para dentro a côxa com força capaz de dilacerar muito o ligamento capsular, ou antes de destaca-lo o mais possivel de sua inserção na metade externa do cilio.

Estendi a côxa, carreguei vigorosamente no joelho de diante para trás, e assim obriguei o collo do femur que passára por baixo da Fita tensa a lacera-la mais extensamente afim de ficar ella em estado de não poder servir de obstaculo á ascensão da esphera.

SYMPTOMAS.

(Cadaver em supinação.) O membro estava em rotação para dentro, mas não a ponto de repousar sobre a face interna; o bordo interno do pé correspondia á articulação tibio-tarsana do outro membro; era pouco pronunciada a flexão no joelho.

Por seu apice o grande trochanter ficava pouco inferior ao nivel da espinha antero-superior, e dirigido para cima e para diante, ficando pouco posterior ao plano da actual face anterior da côxa; sua protuberancia acima do nivel do perfil da crista iliaca era muito maior que do outro lado.

Apresentava-se tumefacta a face anterior e externa da região coxo-femoral pela posição nova do grande trochanter.

A esphera estava occulta entre os musculos da nadeга, mas, augmentando-se a rotação para dentro, ficava mais facil e manifestamente sensivel por detrás do grande trochanter, com quem formava o tumor caracteristico das luxações posteriores communs.

Movimentos.

A rotação de que fallámos era susceptivel de augmento ou diminuição.

Na abducção o joelho ficava 5 a 6 pollegadas acima do nivel do perfil da espinha antero-superior do iliaco.

A adducção era facil; com ella simultaneamente executada era facil a flexão; estando o membro em abducção era difficil a flexão.

(Cadaver em pronação). A nadega tornara-se plana detrás para diante, e seu sulco ou dobra estava mais alto.

A cabeça deixava de contribuir a tornar globulosa a nadega, excepto quando se augmentava a rotação para dentro. O apice do tumor por ella constituido estava acima do nivel da parte mais proeminente da curva do sacrum, e não distava da crista do iliaco senão duas pollegadas e meia.

ANATOMIA PATHOLOGICA.

Muito se assemelha esta luxação ás duas ischiaticas obtidas por circumducção quanto á disposição muscular. Tambem a capsula fica adherente a toda a metade posterior do cilio, mas algumas vezes maior porção de capsula é conservada; outras vezes quasi inteiramente se destaca a capsula, e deixa então aberta ampla passagem para a cabeça, quando tem de voltar para a cavidade: não ha neste caso necessidade de reconduzi-la á parte inferior da abertura cotyloidea.

A zona dos Webers ora guarda as suas inserções no bordo acetabular, ora as que ficão á roda do collo.

O ligamento inter-articular destaca-se da cabeça do femur.

A face anterior do collo tornada interna corresponde á quarta parte superior e externa do cilio.

A cabeça é bem sensível na fossa iliaca.

Vamos tratar de suas novas relações.

É sabido que no estado normal existe na face externa do iliaco, na distancia de dous dedos transversos das espinhas anteriores, longitudinal saliencia que se desvanece embaixo ao nivel da parte mais alta do acetabulo, e que na parte superior termina em um angulo que está no ponto em que maior grossura apresenta a crista do iliaco: se deste angulo se fizer descer uma linha que, á maneira de tangente, passe pela margem posterior da cavidade cotyloide, e que prolongada para baixo se perca na margem anterior da tuberosidade ischiatica; se uma segunda linha partir do ponto superior e medio do cilio, e se dirigir á espinha postero-inferior; e se finalmente por uma terceira juntarmos a espinha antero-superior á extremidade do sacrum, o triangulo resultante é a área occupada ordinariamente pela cabeça do

femur, que entre si e o iliaco tem o pequeno gluteo, cujo bordo inferior facilmente se rompe e é coberto em parte pelo retalho inferior do gluteo medio, em parte pelo grande gluteo.

A abertura da cavidade fica fechada não só por porções de capsula illeas, como tambem pelo feixe commum do iliaco e *psoas*.

ARTIGO II.

Luxação iliaca pelo processo commum.

Firmado sobre a mesa o cadaver em supinação, dei um golpe transversal ao nivel do grande trochanter; rodando a côxa para dentro, a fiz passar por detrás da outra e obtive a luxação, forçadamente encruzando os membros assim dispostos.

SYMPTOMAS.

Iguaes aos da mesma luxação pelo outro processo.

ANATOMIA PATHOLOGICA.

Região posterior. — A esphera femoral, levantado o grande gluteo, é encontrada occulta na parte inferior do medio e do pequeno, o ultimo dos quaes ora se dilacera apenas em sua parte inferior, ora em maior extensão.

O pyramidal, os gemeos, obturador interno e o quadrado da côxa dilacerão-se, ou destacão-se de sua inserção carnosa.

O ligamento capsular destaca-se de toda a metade posterior e externa do cilio.

A zona dos Webers intacta abraça o collo do femur e lhe veda o dirigir-se mais para a parte posterior: obra no mesmo sentido a metade interna do ligamento capsular, que, collocada por baixo do *psoas* e iliaco reunidos, conserva as suas adherencias fechando a abertura da cavidade cotyloide.

Região anterior. — Não fallando na laceração mais ou menos extensa do pectíneo e dos adductores, a qual, em variados grãos, existe em todas as luxações em que o primeiro tempo do mechanismo é o afastamento forçado da côxa, e que portanto não é produzida nas luxações posteriores que tem lugar estando a côxa em adducção, é sempre a mesma em todas as luxações a anatomia pathologica da região de que me occupo.

REDUCÇÃO.

Do mesmo modo que no primeiro processo.

REFLEXÕES SOBRE OS ULTIMOS ARTIGOS.

Nem sempre na luxação iliaca se encontra a esphera no triangulo que tracçamos. É manifesta a difficuldade de conter em um quadro geral as pequenas variedades que na pratica se encontrão; não deve pois ser tomada á letra a denominação de luxação na fossa iliaca. Encontrei em um caso a cabeça quasi em contacto com a parte superior e externa do cilio. Outras variedades se encontrão, que explicão as differenças do encurtamento nos diversos individuos, e a diversidade da posição do grande trochanter, que tanto mais anteriormente se collocará quanto menos longe da cavidade estiver a cabeça.

Do que havemos dito a respeito da luxação iliaca por circumducção é facil concluir, que se a laceração da parte posterior do ligamento capsular não fôr tal que se torne impossivel a tensão do ligamento illeso entre a cabeça e o grande trochanter, impossivel será a reducção sem o movimento de circumducção em sentido inverso do que produziu o deslocamento.

São talvez desta ordem alguns dos casos de luxação iliaca julgados irreductiveis, depois de sem fructo ser tentada a extensão do membro, apesar de serem poderosos os esforços empregados, estando a côxa em flexão ou fóra della.

Estudemos os factos: Mac Fadder cahira da almofada de uma diligencia e soffrêra uma luxação iliaca tratada por fractura do collo. Cooper o vio depois de muitos mezes, e depois de ter com o emetico, sangria e banhos enfraquecido o doente, sobre elle executou por meio das polés as mais vigorosas trac-

ções; persistio, apesar disto, a luxação. Cinco annos depois cahio este homem de um barco ao mar; ao sahir d'agua estava são. Foi o facto explicado pela não resistencia dos musculos sorprendos. — Não tinham de certo a quem resistir, porque ninguem praticava a extensão.

É mais provavel que, em ambas as quedas escorregando o corpo ao longo das paredes da peça em que se achava Fadder, tivesse lugar o movimento de circumducção do genero dos que podem desloca-la e reduzi-la.

É possivel a redução da luxação iliaca por meio das tracções exercidas sobre o membro em extensão e feitos na direcção de seu eixo. Quando, escapando da cavidade, obriga a cabeça a destacar-se o ligamento da parte posterior do cilio; quando intacta, a zona dos Webers fórma robustissima aza em torno do collo do femur, e o conserva unido á espinha antero-inferior do iliaco; fica o ponto do collo pela aza abraçado, e por consequencia a cabeça debaixo da acção simultanea de duas forças, uma á outra obliqua, que tendem a leva-la a oppostas direcções: uma a extensão tende a fazê-la descer; tenta a outra a resistencia, que a zona representa, aproxima-la da espinha de quem ella (zona) se avizinhára; introduz-se por isso a esphera na cavidade por diante da qual passa a diagonal, a resultante das forças que actuação sobre a esphera.

Dissemos que praticando a extensão sobre o membro parallelamente ao eixo do corpo, em alguns casos se converteria a luxação iliaca em luxação na chanfradura ischiatica: se com effeito em tal sentido se procura a redução quando se tem rompido a zona, cede a cabeça, que já não está obrigada a seguir a diagonal das duas forças, e em vez de progredir, desce e vai pôr-se em relação com o espaço ischio-iliaco.

Donde deriva o salutar preceito pratico seguinte: Não sendo possivel conhecer *a priori*, dada uma luxação iliaca, se está ou não dilacerada a zona dos Webers, deve-se, para não correr o perigo de convertê-la em outra com prejuizo do enfermo, tentar de preferencia a redução tendo dobrado a côxa como o ensina Cooper.

ARTIGO III.

Luxação iliaca de Monteggia.

É Monteggia, dos autores que se tem occupado das luxações, o unico que diz que algumas vezes nas luxações iliacas fica a cabeça do femur voltada para diante. Na clinica de Gerdy, que della não falla, appareceu uma luxação deste genero que o illustre professor diagnosticou fractura do collo, e que foi por acaso reduzida ao tempo em que, tendo um ajudante a côxa em flexão sobre a bacia, exercitava elle uma tracção perpendicular ao seu eixo.

Differindo esta das luxações posteriores communs, não só pelos symptomas, como pelo methodo de redução, é justo que seja separadamente estudada. Darei unicamente o processo pelo qual uma vez a obtive, os symptomas e a redução: não darei a Anatomia Pathologica, porque me não preparára para pouco commum luxação.

PROCESSO.

Deitado o cadaver em uma mesa de modo a ficarem-lhe pendentes as pernas; ligado depois á mesa para não seguir os movimentos que a côxa devia imprimir; para poupar trabalho, fiz uma incisão de quatro dedos transversos na altura do grandetrochanter, comprehendendo os tegumentos e a robusta aponevrose collocada entre o tensor da fascia lata e o medio-gluteo. — Rodei para fóra a côxa esquerda, e dirigindo-a depois de modo a encruzar a direita de tal sorte que a face interna da primeira ficasse em contacto com a posterior da segunda, tanto forcei o encruzamento conservando o membro em rotação para fóra (mais por abalos que por continuada força) que obtive a luxação.

SYMPTOMAS.

Era muito pronunciada a rotação para fóra.

O calcaneo consequencia da flexão do joelho ficava applicado ao malleolo interno direito: o membro estava nove linhas mais curto.

O ramo horizontal do pubis esquerdo parecia mais proeminente pela excavação que occupava o lugar onde a côxa confina com a bacia.

A cabeça do femur coberta das partes molles formava um tumor muito sa liente na parte externa da espinha iliaca antero superior.

O grande trochanter, pouco mais saliente que o do lado perfeito, formava um outro tumor que tendo continuidade com o primeiro ficava-lhe posterior.

O diametro transverso dos dous tumores tinha mais de duas pollegadas.

A rotação para fóra não era susceptivel de augmento, e pouco podia ser diminuida.

Erão limitadas a abducção e a adducção.

Podia a côxa ser directamente levada contra o baixo-ventre, e no momento da flexão a excavação notada entre a bacia e a raiz da côxa se tornava maior; introduzindo a mão, ahi se não encontrava dureza ossea.

REDUCÇÃO.

Puz em flexão a côxa de tal sorte que esta fizesse com o abdomen um angulo de 45 grãos; d'alto a baixo empurrei o femur nesta posição para ganhar a cabeça o bordo acetabular; fazendo com o joelho pequenos movimentos de flexão, de extensão, de adducção e de abducção, consegui reduzir a luxação.

IDEIAS GERAES

Á CERCA DAS LUXAÇÕES DA CÔXA.

Depois de ter tratado de cada uma das luxações em particular, apresentamos agora algumas idéas geraes á cerca da nomenclatura, do mechanismo e da reducção das luxações.

NOMENCLATURA.

A luxação supra-pubiana (de Gerdy), tambem chamada luxação para cima e para diante, deveria antes ter o nome de ilio-pubial, por ficar neste caso a esphera proxima da eminencia ilio-pectinea, ou antes, no espaço comprehendido entre esta e a symphise do pubis; assim o pensa Malgaigne; mas, como Vidal, que lhe acha razão, preferi deixar-lhe o nome pelo qual é mais conhecida.

A sub-pubiana (de Gerdy), tambem chamada para baixo e para diante, é melhor designada por A. Cooper pelo nome de luxação na fossa oval, attendendo á posição em que fica a esphera; preferi todavia, pela razão acima expendida, a denominação de Gerdy.

Á luxação na fossa iliaca (de Astley Cooper), iliaca (de Gerdy), tambem chamada luxação para cima e para fóra, julguei mais convir o nome de iliaca commun para a distinguir de uma outra pouco conhecida, a de Monteggia, em que a esphera fica voltada para diante.

Á luxação descripta por Bell, por Evers, e depois por Olivier d'Augers debaixo do nome de luxação para baixo, julguei melhor dar o nome de tuberculoide por ficar a esphera entre a tuberosidade ischiatica e a cavidade cotyloide.

Na luxação para trás, ou luxação na chanfradura ischiatica (de Astley Cooper), ha duas variedades: n'uma, mais ou menos se introduz a cabeça femoral na chanfradura ischiatica, e por isso merece o nome de sacro-sciatica; n'outra

repousa no espaço comprehendido entre a margem posterior da cavidade cotyloide e a anterior da chanfradura, precisamente no espaço em que ao ischion o ilion se reune, e por isso se deve chamar ischio-iliaca.

Basta ler as observações 30, 32, 34 de Astley Cooper para adquirir a convicção de que ha notaveis differenças de symptomas em luxações por elle descriptas debaixo de um só nome — Sacro-ischiatica.

MECHANISMO.

Para convenientemente tratarmos do mechanismo, seremos obrigados a examinar a maneira de obrar das forças que produzem as luxações, a influencia das chanfraduras e dos musculos sobre a producção destas lesões.

FORÇAS.

É manifestissimo que em todas as luxações que tem por primeiro tempo de seu mechanismo a abducção forçada, representa a côxa alavanca do primeiro genero: a potencia é representada pelos agentes que a violentão tendendo a afasta-la da companheira; a resistencia pelo ligamento capsular, e mais tarde pelo inter-articular, contra os quaes luta a esphera femoral: o ponto de apoio fica no primeiro momento no collo do femur applicado ao bordo externo do cilio-cotyloideo, mais tarde na extremidade do grande trochanter, que vai de encontro ao aro da cavidade articular.

Apezar desta bella disposição, produzir nos cadaveres as luxações, não é tão facil como se poderia esperar da immobildade da bacia, e da saliencia dos tabios da cavidade aptos a servirem de ponto de apoio ao osso que, alavanca do primeiro genero, facilmente deveria romper a capsula. Diz Malgaigne que pela adducção, pela flexão e pela extensão debalde se tentaria fazer a cabeça desamparar a cavidade; que pela adducção forçada apenas se obtem a luxação oval (o que negamos, porque em occasião competente mostrámos por experiencias que esta luxação não poderia ser obtida só pela adducção ainda a mais forçada, e que para sua producção outras causas devião contribuir), e que todas as outras lhe parecem o resultado da rotação forçada. Todas as outras são para

elle a supra-pubiana e a iliaca commum, porquanto affirma que a ischiatica é uma invenção de Astley Cooper, e não falla em parte alguma da de Monteggia.

— Se dependesse de uma rotação forçada a luxação supra-pubiana seria seguramente da rotação para fóra. — É certo porém que por tal movimento se uma luxação puder ser obtida, não será supra-pubiana; porquanto, tomando-se um femur e uma bacia, e rodando o femur para fóra a esphera descreverá um arco de circulo que a levará á parte externa do acetabulo, nunca ao espaço ilio-pubial.

Quanto á rotação para dentro, demonstrou-me a experiencia o seguinte: se para dentro se roda a côxa, destaca-se a capsula da metade externa do aro cotyloideo, rompe-se o ligamento inter-articular, e a esphera descreve um arco de circulo pelo qual em vez de passar á parte posterior do acetabulo, vem apparecer adiante.

Donde se conclue que, embora seja a rotação para dentro ou para fora condição *sine qua non* das luxações femoraes, são necessarios para produzi-la outros elementos.

Passamos a explicar o movimento pela côxa executado nas luxações que não tem por primeiro tempo de seu mechanismo a abducção forçada. São a iliaca commum e a de Monteggia.

Raciocinaremos com a seguinte experiencia:

Deitado de costas um cadaver sobre uma mesa de modo tal que na beira desta ficasse a tuberosidade ischiatica, sendo antes despido o ligamento capsular dos tecidos ambientes, destaquei com grosso scapello de toda a metade interna do ligamento cotyloideo o ligamento capsular; por esta abertura passei o instrumento que dividio o ligamento inter-articular junto de sua inserção no femur.

Imprimi depois á côxa triplice movimento de flexão, de adducção e de rotação: executado este movimento, muito tensa ficava a parte posterior da capsula por baixo da qual se achava saliente a cabeça: é claro que neste caso era a resistencia representada pela capsula, e que o ponto de apoio ficava na parte da esphera opposta áquella que contra a capsula estava applicada; com effeito, só a porção interna do bordo cotyloideo, a não ser assim, poderia servir de ponto de apoio, applicando-se contra o collo; — as seguintes experiencias provarão-me que nenhuma parte tomava ella na producção do phenomeno: — Cessando os movimentos que exercitava sobre a côxa, destrui pelo escopo e martello toda esta porção do aro cotyloideo, e repetindo os indicados movimentos obtinha o mesmo effeito.

Cessando de novo os movimentos, fiz sahir a cabeça através da abertura existente entre o osso e a capsula, que eu delle destacára; serrei verticalmente, e assim destaquei a metade da cabeça em cujo centro se acha a inserção do liga-

mento inter-articular ; recolloquei a esphera assim privada deste segmento na sua cavidade articular , e repetindo os movimentos não era mais ameaçada de ruptura a porção externa da capsula.

Reapplicado o segmento de esphera ao lugar de que o destacara, e repetindo os movimentos com maior força, o ligamento capsular destacou-se de quasi toda a metade-externa do cilio, e ficou produzida a luxação iliaca. Fica por isto demonstrado que, durante o mechanismo da luxação de que trato, e por consequente do das *ischiatricas* que a estas muito se assemelham, a côxa representa alavanca do primeiro genero, no qual a potencia é applicada a todo o femur, comprehendido o collo; a resistencia é applicada á porção da cabeça que torna-se saliente levantando o ligamento capsular, o ponto de apoio fica na outra porção de cabeça em contacto com a superficie da cavidade cotyloide.

É claro que não é em taes casos fixos o ponto de apoio, porquanto a porção de cabeça em contacto com o acetabulo vai se dirigindo do centro para a periphèria á proporção que a outra se vai tornando saliente.

O mesmo acontece na luxação de Monteggia.

CHANFRADURAS.

O estudo da articulação côxo-femoral fez acreditar aos autores, que da respectiva luxação se tem occupado, que ao sahir do acetabulo trajecta a cabeça por uma das tres chanfraduras, que sobre seu cilio osseo existem, e que no estado fresco não são notaveis por causa da existencia do anel fibroso (*labrum cartilagineum*) que constitue o verdadeiro cilio desta cavidade, o qual anel, apesar de robusto, não pôde, segundo o julgão, oppôr á cabeça, nos lugares correspondentes ás chanfraduras, a forte resistencia que lhe oppõe o cilio osseo, e por isso se deve abaixar no momento da violencia que contra elle exercita a cabeça, e deixa-la passar. Pensou por isto Malgaigne que cada uma luxação devia tomar dos nomes que dêra ás tres chanfraduras o que indicasse aquella por onde tivesse tido lugar a luxação. Sendo porém demonstrado que, em todas as luxações em que o primeiro tempo é a abducção, sahe do acetabulo a cabeça descrevendo um arco de circulo, cujo centro é o ponto em que se fixa a extremidade do grande trochanter, e que por consequente sahe ella em pleno da cavidade sem que corra ao longo de uma das tres chanfraduras, é manifesto erro attribuir a estas chanfraduras tal influencia nas luxações.

Quanto ás luxações posteriores produzidas pela triplice força de que fallámos, pôde-se dizer que a cabeça sahe do acetabulo roçando pela chanfradura poste-

rior, das tres a mais profunda. Devemos no entanto lembrar-nos que nestas luxações o ligamento capsular rompe-se ás vezes longitudinalmente, motivo pelo qual o retalho externo da capsula lacerada, applicando-se á chanfradura posterior, a torna muito menos profunda que habitualmente, e no entretanto a luxação tem lugar; portanto as chanfraduras não tem a influencia que se lhes quiz attribuir.

MUSCULOS.

Nenhuma influencia tem, segundo creio, os musculos sobre a producção das luxações; aliás seriam mais frequentes as que se dirigissem para a parte para onde devem ser levados os ossos pela acção de seus mais vigorosos musculos: seriam por esta razão a luxação supra-pubiana e a de Monteggia mais frequentes que as posteriores communs, porque os rotadores da côxa para fóra superão em força os antagonistas: sendo porém ellas menos frequentes, é claro que outras são as causas que sobre as luxações influem.

Não se afastando, além disto, do acetabulo a esphera senão tanto quanto lh'o permite a porção de ligamento capsular que se dilacera, é manifesto que nada influem as contracções musculares sobre a grande luxação.

Donde concluo: que as luxações são puramente o effeito da violencia externa, que são ellas produzidas em maior ou menor gráo segundo a maior ou menor violencia produzida sobre os ossos, e segundo as circumstancias que os obrigão a servir de alavancas mais ou menos favoravelmente dispostas.

REDUCÇÃO.

Promettia Loder reduzir qualquer luxação tendo á sua disposição boas polés, e sendo convenientemente ligado o doente a uma muralha. Muitos são ainda os cirurgiões que pensão que a contracção muscular é a unica difficuldade a vencer. São muitos os casos em que luxações não reduzidas por vigorosos esforços dirigidos de modo a serem vencidas as contracções musculares, o tem sido por pequenas forças em outro sentido convenientemente dirigidas.

Deve portanto ser rejeitada a opinião dos que aos musculos attribuem todas as difficuldades de redução.

Podem os musculos impedir a redução não só por sua contracção como por sua interposição entre superficies osseas que devem estar em immediato contacto para que a redução tenha lugar.

Vence o embaraço do primeiro genero a posição do membro que obrigue a relaxarem-se os musculos contrahidos, os meios debilitantes e as tracções. Só nos processos de redução para cada luxação podem ser indicados os meios de desviar o obstaculo que por sua interposição podem os musculos oppôr á redução.

Como o temos visto precedentemente, estudando em particular as luxações, podem depender as difficuldades de causas que augmentem a tensão da botoeira, pela qual tem de passar a cabeça, ou de porções da capsula que occupem a abertura da cavidade.

Não se reduzem finalmente as luxações em alguns casos por ir de encontro e fixar-se o femur em algum dos pontos da bacia.

Attendido portanto o principio de Astley Cooper,—que a contracção muscular está na razão directa do tempo de duração da luxação —; se no acto da redução se notar difficuldade que não esteja em proporção com o estado de fraqueza em que se acha o doente, deve-se suspeitar que são outros os obstaculos. Será por isso necessario dar ao membro diversa posição, e ás forças direcção differente da primeira, seguindo na transmutação as normas tiradas do mechanismo e da anatomia pathologica da luxação.

Do que tenho até aqui dito concluo que não é possível por um processo geral unico reduzir todas as luxações.



HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Vita brevis, ars longa, occasio praeceps, experientia fallax, iudicium difficile.
Sect. 1, aph. 1.

II.

Frigidum inimicum ossibus...; callidum verò amicum. Sect. 5, aph. 8.

III.

Cum initio et fine morborum, omnia imbeciliora, circa vigorem omnia fortiora. Sect. 2, aph. 30.

IV.

Omnia secundum rationem facienti, si non succedant secundum rationem, non est transeundum ad aliud, manente eo quod a principiis visum fuit.
Sect. 2, aph. 52.

V.

Cum morbus in vigore fuerit, tunc tenuissimo victu uti necesse est. Sect. 1, aph. 8.

VI.

Quum morbi inchoant, si quid videtur movendum, move; quum verò consistunt et vigent, melius est quietem habere. Sect. 2, aph. 29.

